

प्रेषक,

अतर सिंह  
संयुक्त सचिव,  
उत्तराखण्ड शासन।

सेवा में,

महानिदेशक,  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण  
उत्तराखण्ड, देहरादून।

चिकित्सा अनुभाग—४

देहरादून : दिनांक ०६ अक्टूबर, 2015

विषय— सी.पी.एस.यू.ई. से औषधियों का क्य किये जाने की स्वीकृति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक आपके पत्र संख्या—१५प/भण्डार/१७/२०१५/२२६७६, दिनांक १५—०९—२०१५ के कम में मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि सी०पी०एस०यू०ई० से औषधियों के क्य हेतु राज्य स्तरीय क्य समिति द्वारा अनुमोदित निम्नलिखित तालिका में अंकित औषधियों को औषधि क्य नीति से सम्बन्धित शासनादेश संख्या—९३२/XXVIII—४—२०१४—२८(८)/२०१२, दिनांक १३—०७—२०१५ में उल्लिखित प्राविधानों के अनुसार क्य करने की श्री राज्यपाल सहर्ष स्वीकृति प्रदान करते हैं—

**HINDUSTAN ANTIBIOTICS LTD, primri- PUNE**

S.N	Product Name	Pack Size	Qty	price	Total Amount
1.	INJ CIPROFLOXACIN IV 100ML	VIAL	25000	12.98	322000.00
2.	INJ METRONIDAZOLE IV 100ML	VIAL	50000	10.99	549500.00
3.	INJ LEVOFLOXACIN IV 100ML	VIAL	10000	13.18	131800.00
4.	INJ MENNITOL 20% 100ML	VIAL	10000	29.96	299600.00
5.	RIGER LACTATE IV	500ML	50000	25.96	1298000.00
	योग—				2600900.00

**KARNATAKA ANTIBIOTCIS & PHARMACEUTICALS LTD, BANGALORE**

S.N.	Product Name	Pack Size	Qty	price	Total Amount
1.	TAB CIPROFLOZACTION 250MG	10*10	10000	119.33	1193300.00
2.	TAB CIPROFLOZACTION 500MG	10*10	15000	222.37	3335550.00
3.	TAB ALBENDAZOLE 400MG	10*10	4000	146.58	586320.00
4.	TAB CEFIXIME 200MG	10*10	3000	417.43	1252290.00
5.	TAB CETRIZINE 10MG	10*10	20000	22.33	446600.00
6.	TAB DICLOFENAC SODIUM 50MG	10*10	20000	26.15	523000.00
7.	TAB OFLOXACIN 200MG	10*10	20000	123.61	2472200.00
8.	TAB PARACETAMOL 500MG	10*10	50000	40.39	2019500.00
9.	INJ AMIKACIN 500MC	VIAL	200000	17.24	3448000.00
10.	TAB DOMPERIDONE	10*10	10000	23.75	237500.00
11.	SYP DOMPERIDONE	30ML	50000	8.46	423000.00
12.	INJ GENTAMYCIN 2ML	VIAL	100000	9.66	966000.00

13.	INJ GEFOTAXIME 1GM	VIAL	100000	24.98	2498000.00
14.	INJ PIPERACILLIN 4GM+ TAZOBACTAMO 5GM	VIAL	20000	93.44	1868800.00
15.	INJ GEFTRIAXONE 1GM	VIAL	100000	31.95	3195000.00
16.	INJ DICLOFENAC 3ML	AMP	500000	3.69	1845000.00
17.	INJ FRUSIMIDE 2ML	AMP	50000	3.28	164000.00
18.	INJ RANITIDINE 2ML	AMP	500000	3.30	1650000.00
	<b>TOTAL</b>				<b>28124060.00</b>

#### INDIAN DRUG & PHARMACEUTICALS LTD. GURGAON

S.N	Product Name	Pack Size	Qty	price	Total Amount
1.	CAP DOXYCYCILLIN 100MG	10*10	14000	109.31	1530340.00
2.	TAB AZITHROMYCIN 500MG	10*10	2500	758.40	1896000.00
3.	TAB CEFADROXIL 500MG	10*10	2500	306.38	765950.00
4.	TAB CEFIXIME 250MG	10*10	2000	503.24	1006480.00
5.	TAB CEFIXIME 500MG	10*10	1000	985.23	985230.00
6.	TAB DICLOFENAC+ PARACETAMOL	10*10	10000	46.64	466400.00
7.	TAB IBUPROFEN+ PARACETAMOL	10*10	30000	80.26	2407800.00
8.	TAB NIMESULIDE 100MG	10*10	20000	24.67	493400.00
9.	TAB NORFLOXACIN 400MG	10*10	8000	174.47	1395760.00
10.	TAB ROXYTHRMYCIN 150MG	10*10	10000	167.82	1678200.00
11.	SYPOXYCILLIN 60ML	60ML	75000	16.45	1233750.00
12.	SYP PARACETAMOL 60ML	60ML	100000	10.43	1043000.00
13.	CAP AMOXYCILLIN 250MG	10*10	5000	147.41	73750.00
14.	ORS 21GM	21GM	300000	5.54	1662000.00
15.	CAP AMOXYCILLIN 500MG	10*10	5000	266.99	1334950.00
16.	TAB METRONIDAZOLE 400MG	10*10	15000	86.69	1300350.00
	<b>TOTAL</b>				<b>19936660.00</b>

#### BENGAL CHEMICALS & PHARMACEUTICALS LTD. DELHI

S.N	Product Name	Pack Size	Qty	price	Total Amount
1.	TAB AZITHROMYCIN 250MG	10*10	3000	388.72	1166160.00
2.	CAP OMEPRAZOLE 20MG	10*10	30000	55.73	1671900.00
3.	TAB RANITIDINE 150MG	10*10	20000	48.89	977800.00
4.	TAB METFORMIN 500MG	10*10	6000	34.65	207900.00
5.	INJ AMOXYCILLINSOD+ CLAV POTASSIUM 1200MG	VIAL	50000	56.63	2831500.00
6.	OINT CLOTRIMAZOLE 15GM	15GM	50000	6.23	311500.00
7.	OINT POVIDINE IODINE	15GM	50000	8.05	402500.00
	<b>योग—</b>				<b>7569260.00</b>

2— वित्त विभाग के शासनादेश संख्या—400 / XXVII(1) / 2015, दिनांक 01—04—2015 में उल्लिखित दिशा निर्देशानुसार नियमानुसार कार्यवाही करना सुनिश्चित किया जायेगा।

क्रमशः—3

3— उक्त औषधि क्य में मद स्वीकृति धनराशि का आहरण / व्यय सम्बन्धित वित्तीय हस्त—पुस्तिका में उल्लिखित प्रावधानों, बजट मैनुअल, उत्तराखण्ड अधिप्राप्ति (प्रोक्योरमेंट) नियमावली, 2008 एवं संशोधित नियमावली, 2015 के प्राविधानों के अन्तर्गत तथा शासन द्वारा मितव्ययता के सम्बन्ध में समय—समय पर निर्गत आदेशों एवं केन्द्रीय क्य समिति की संस्तुति के अनुसार नियमानुसार ही किया जाना सुनिश्चित किया जायेगा। स्वीकृत धनराशि आहरण के उपरान्त व्यय से सम्बन्धित बाऊचर संख्या एवं दिनांक की सूचना शासन तथा महालेखाकार, उत्तराखण्ड को तत्काल उपलब्ध करायी जाय।

4— मितव्ययता से —— दें।

4— मितव्ययता के सम्बन्ध में समय—समय पर निर्गत शासनादेश का अनुपालन सुनिश्चित किया जायेगा। यदि कोई अनियमितता संज्ञान में आती है, तो उसका पूर्ण उत्तरदायित्व महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण एवं सम्बन्धित अधिकारी का होगा।

भवदीय,

(अंतर १ ह)

संख्या—३५७ (१) / XXVIII—४—२०१४—६८(८) / २०१२ की सी—२ वट विचार-

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः—

1. महालेखाकार, उत्तराखण्ड माजरा, देहरादून।  
2. निदेशक, कोषागार, 23-लक्ष्मी रोड, देहरादून।  
3. निदेशक, भण्डार, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड देहरादून।  
4. संयुक्त निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य कुर्मॉर्जु/गढ़वाल मण्डल।  
5. वित्त नियंत्रक, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड, देहरादून।  
6. औषधि नियंत्रक, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड, देहरादून।  
7. समस्त मुख्य चिकित्साधिकारी, उत्तराखण्ड।  
8. मुख्य कोषाधिकारी, देहरादून, उत्तराखण्ड।  
9. वित्त(व्यय नियंत्रण) अनुभाग-3/नियोजन विभाग/एनआईसी।  
10. गार्ड फाईल।

आज्ञा से

(अतर सिंह)  
संयुक्त सचिव